

**質の良い効率的な医療システムに向けて：
OECD ヘルス・プロジェクト報告書
(要約版)**

国立社会保障・人口問題研究所企画部第一室長 阿萬哲也 仮訳

序文

経済協力開発機構（OECD）は、医療政策担当者がそれぞれの国において医療制度の実績を向上させる際に直面している主な課題のうちいくつかについて分析・検討するため、2001年に「ヘルス・プロジェクト」（Health Project）を立ち上げた。本当の進歩への欲求と、変革を起こすために必要な情報に関して重大な格差があるという認識が、政治的なコミットメントと各国の支援につながり、集中的な国際的努力を行うことが可能となった。この3年間のプロジェクトにおいて、加盟各国は、医療に関する差し迫った政策課題に焦点を当てたプロジェクト内の個別研究に参加し、それらから学ぶ多くの機会を得た。また、会合における情報や意見交換から利益を得ることができた。これまで、2001年11月にカナダのオタワで開催されたキックオフ会合にはじまり、パリからハーグ、ニューヨークにまでわたる様々な開催地において政府関係者および専門家による会合が開かれており、その回数は20を下らない。

医療制度の実績を向上させるには、困難な問題とたたかうことが必要である。例えば、医療費支出については、今日支弁することが可能で、明日もそれが維持できることを確実にするために何ができるのか。医療の質と安全性を向上させて、医療制度が確実に患者および他の利害関係者のニーズにきちんと応えることを保証するためには何が必要なのか。必要なケアを公平にかつ必要なときに利用することができるようにするためにはどのような支援を行うべきなのか。そして、恐らく最も困難な問題として、医療制度の「バリュー・フォー・マネー（費用に見合った価値）」を増すために何ができるのか。

ヘルス・プロジェクトは、加盟各国の政府関係者がこれらの問題に取り組む上でお互いの経験から学び、OECD加盟各国および事務局内において利用可能な最も優れた専門知識を参考とし、将来において医療制度の実績向上を支援する新しい基礎作りのための手段を提供した。それは、ほとんど1ダースに近い研究プロジェクトを包含しており、その範囲は医療における人的資源、新しく現れてきた医療技術、介護、私的医療保険、医療費抑制、各所得階層を通じたアクセスの公平性、選択的手術への待機期間の問題、およびOECD加盟各国において中心的な政策的関心事項となっているその他の項目にまでわたる。本プロジェクトにおいて各国の医療政策担当当局において重要とされている論点についてすべて対応することはできなかったが、ここで選択された論点はいずれも最も喫緊の課題とされているものである。

ヘルス・プロジェクトは、OECD全体にわたる様々な委員会および作業部会の関与の下で実施された医療統計および医療政策に関する分析・検討を基礎としている。また、本プロジェクトの成功に対する重要な貢献となったのは、部局横断的（horizontal）アプローチである。進行中の研究内容について、専門家や各国の代表によるグループによって議論がたたかわされ、医療政策課題に関する様々な重要な観点が提示された。本プロジェクトにおける分析・検討は、加盟各国の代表団から構成される「医療に関するアドホックグループ（Ad Hoc Group on Health）」の指導・支援により利益を受け、また、OECD内の様々な部局における専門的知見がこれらの課題に対処するために用いられた。その水平的連携・協力体制については、全体の調整については雇用労働社会問題局が行い、経済局、科学技術・産業局、金融・財政・企業局の参加を得て進められた。

私は、自らの政治経験に基づき、本プロジェクトの結果が各国政府において最も上級のレベルの政策担当者にとってどれ程重要なものになるのかが分かる。すべての国の政府が医療分野における様々な課題への対応に苦心しており、OECD加盟国内外において本研究から重要な利益を導き出さない政府は存在しない。これらの問題について単独で対応できる解決策や即効策がほとんど無いのは明らかであるが、本プロジェクトによって、国内的・国際的なベンチマーキングや情報の共有を通じて新しいアイデアを集めることが可能であり、政策担当者がそれらの課題に対応する際の助けとすることができることが示された。

ドナルド J・ジョンストン
OECD 事務総長

はじめに

本報告書は、OECD ヘルス・プロジェクト最終報告書「質の良い効率的な医療システムに向けて (*Towards High-Performing Health Systems*)」の概要として用いられ、同最終報告書において3年間の本プロジェクトの一環として行われた研究の主要な結論およびその他の OECD における医療に関する最近の研究から導かれた主要な政策提言がとりまとめられている。この概要版報告書は、OECD 諸国によって共有された主な医療政策上の目標に対応しつつ、最終報告書の全体的な枠組みに従ってとりまとめられており、アクセスしやすく質の高い医療、ニーズに適切に対応し、費用があまり高くなく、そして「バリュー・フォー・マネー（費用に見合った価値）」が高い医療制度について論じている。具体的には、医療関連技術の採用・普及の管理、看護師その他の医療関連職種への不足への対応、病院および医師の生産性の向上、医療サービスへの需要の管理、選択的手術のための待機期間の縮小、費用がそれほど高くない私的医療保険の普及を意図した様々な政策の効果に関する教訓を提供し、さらに、政策担当者が直面している問題、例えば医療支出の適切な水準に係る判断、医療・介護制度における私的保険の適切な役割の評価、選択的手術のための待機期間が医療制度の実績に関して持つ意味の評価等について、新しい観点から解明している。

質の良い効率的な医療システムに向けて

健康水準は劇的に向上してきた・・・

OECD 諸国には、健康水準の向上を成し遂げてきたことを誇りに感じる十分な理由がある。OECD 諸国で 2000 年に生まれた子どもは、1960 年に生まれた子どもよりも平均的にみて 9 年長く生きることが期待できる(図 1)。現在の乳幼児死亡率は以前の 5 分の 1 になっている。過去 40 年間をみると、若くして死ぬケースの水準(70 歳よりも前に死亡した場合の死亡年齢との差)は半分になっている。

[図 1: 出生時平均余命の上昇、全人口、1960 年-2000 年]

・・・それは部分的には医学の進歩によるもの・・・

経済の拡大と教育水準の上昇は、国民の健康水準の基礎を改善したが、医学の進歩にも功績がある。ここ最近では、心臓病、ガン、脳卒中や未熟児出産等をはじめ多くの疾病等に関する予防・治療について飛躍的な進歩があった。そして、新しい医薬品、医療機器および治療方法によって、以前よりも良く症状を治療することができる。例えば、侵襲性が最小限である新しい手術手技によって、患者の回復がより早く、そしてより痛みを伴わなくなる。さらに、以前であれば手術の適応ではなかった者についても現在では治療が可能なのである。

・・・そしてサービスへのアクセスの拡大も理由として挙げられる。

ほとんどの国において、財源が公的なものであるか私的なものであるかにかかわらず、普遍的な医療制度の適用があることによって、重い病気に対する治療費用に関して金銭的な保障を与えることになるだけでなく、最新の治療方法や疾病予防活動へのアクセスも推進されることとなる。2001 年までには、OECD 諸国の 3 分の 2 以上において、幼年期にはしかりに対して予防接種を行う割合が 90%を超えたが、10 年前にそれを達成していたのは 3 分の 1 の国に過ぎなかった。そのような医療制度および医療に関する進歩による直接の結果として、人々は、より長く、より健康な生活を送っているのである。

しかし、それらの利益については対価が必要である・・・ 当然のことながら、これらの利益を安価に得ることはできない。最新のデータによれば、OECD 域内において医療費支出は平均的にみると GDP の 8 % を超えており、米国、スイス、ドイツでは 10% を超えている(図 2)。これを 1970 年と比べると、当時の OECD 諸国の平均では GDP の 5 % でしかなかったのである。この医療費支出の増大の多くは、医学の進歩および現在の医療に対する期待の増大によるものとする事ができる。端的には、科学技術の進歩によって我々のできることがはるかに多くなり、それによって期待することも多くなるが、それは支払わなければならない対価も多くなることを意味しているのである。

[図 2 : 総医療費支出 (対 GDP 比)、1970 年および 2001 年]

・・・そして公的予算が矢面に立っている。 支出増加は必ずしも問題ではない。特に、それによってもたらされる利益が増大したコストを超えるのであればなおさらである。しかし、OECD 諸国における医療費支出の 4 分の 3 が公的に支弁されており、政府は財政的に苦しくなっている(図 3)。米国では、医療費の財源について私的部門が普通でないほど大きな役割を占めているが、それでも医療に関する公費負担は GDP の 6 % となっている。これは、平均的な OECD 諸国における医療への公費負担の水準に匹敵するものである。

[図 3 : 財源別にみた医療費支出、2000 年]

将来の医療制度は現在よりさらにコストがかかることが見込まれる。 問題は、医療費上昇圧力の勢いが弱まることは無いということである。これは、継続的な医学の進歩と高齢化に伴う需要の増大を反映している。同時に、労働年齢人口の割合は減少し、公的な財源確保をさらに制約するであろう。

医療費支出水準について、最適なレベルが一意的に決まるわけではない。 豊かな国の方が医療費支出も大きい傾向がある(図 4)が、収入レベルでは同じような国の中でもその水準には大きなばらつきがある。さらに重要なことは、最も支出が大きい制度だからといって必ずしも実績目標を最も良く達成しているというわけではないことである。

[図 4 : 人口 1 人当たり医療費および GDP、2001 年]

政策担当者は、実績を向上させることへの圧力にさらされている。

コストとその財源の問題についてはさておき、医療制度による実績をさらに向上させる機会が多いことに気付く人々は増えてきている。OECD 諸国における政策担当者は、医療制度が消費者・患者のニーズにより適切に対応できるようにし、医療の質を改善し、健康水準および医療へのアクセスの不均衡に対処することに関する、大きくしかも増大し続けている要求に直面している。コスト圧力を上昇させることなく制度を改善していくことは可能であるのか？

国際比較研究は、「バリュー・フォー・マネー（費用に見合った価値）」の改善を追求することの助けとなりうる。

各国の医療制度は、その設計が異なるとともに、それらにおいて用いられるリソースの量・種類、それらによって達成される健康上の結果その他の結果においても違いがある。しかし、医療政策担当者の目標には共通するものがあり、実績を向上させるために制度改革を行った経験について、うまくいった経験およびうまくいかなかった経験を含めてお互いから学ぶことができる。3年間の OECD ヘルス・プロジェクトでは、これまで蓄積された証拠にさらに追加して、政策担当者が医療制度の実績を向上させるための取り組みを行う上でそれぞれの国の状況に適合させて用いることができるような、過去の経験に基づいた情報を与えることを追求してきた。

質の高い医療と疾病予防

健康水準をさらに改善するチャンスはある・・・

各国において平均寿命その他の健康水準を表す指標が大きく異なることは、すべてでないにしても多くの国においてさらなる向上が可能であることを示唆している。状況が異なる程度が大きいことは、期待とともに疑問も引き起こす。例えば、なぜ、1999年に、スウェーデンと日本における乳幼児死亡率が出生数 1000 に対して 3.4 にすぎない一方でニュージーランドと合衆国はそれより 2 倍以上高い率(それぞれ 7.2 と 7.7)なのか。なぜ、アイルランドやポーランドの 65 歳女性の平均余命が 2000 年に 18 年未満であった一方で、日本、スイス、およびフランスの女性については、それより 3 年以上長い間生きることが期待することができるのか(図 5)。

[図 5 : 65 歳時平均余命、2000 年]

**・・・健康水準の不均
衡を縮小するチャンス
もある・・・** また、健康水準の大きな違いが、国内における各人口グル
ープの間に存在している。これらは、部分的には、必要なサ
ービスに対するアクセスの障害によるものである可能性があ
り、不利益を被っている人口グループが人口に比して特に大
きな影響を受けている。

**・・・より良い政策が
必要である・・・** 伝統的に医療政策担当者の権限外とされてきた政策手段を
用いてさらに健康増進を図っていくチャンスを見逃さない
ことは重要である。例えば、環境・リスク要因も関連する傷
害や疾病の健康水準に対する影響を前提とすると、健康水準
を向上させることは、暴力や、事故防止、労働安全衛生、交
通ルール遵守体制、薬物、アルコール、およびタバコ等の要
因に対処することも意味している。

**・・・疾病予防活動を
拡充することも必要で
ある・・・** そのうえ、現在の病気治療に焦点を合わせるシステムで
は、将来の病気と障害を予防するチャンスを逃す可能性が出
てくる。実際、医療費支出 1ドルの中で人々の健康を保持す
るための取り組みに充てられている部分は5セントに過ぎな
い。しかしながら、人口全体でみた健康水準は、（例えばタ
バコの場合については、）公共的な啓発キャンペーン、規
則、および税制等を通じた予防策のおかげで向上してきた。
注目に値するのは、1960年代以降ほとんどの OECD 諸国でみ
られる喫煙率の劇的な減少(図6)であり、それは肺ガンの発
生率の低下にもつながっている。しかし、新たな脅威も現れ
てきており、特に肥満とされる者の割合については最近の劇
的な上昇が特に大きな懸念となっている(図7)。肥満が糖尿
病から痴呆までも含む慢性疾患の危険性を引き上げるので、
今後は肥満が広まる割合が急激に大きくなることによって健
康上の問題が出てくることが予想される。それらの状況に陥
ることを防止するための戦略に対して一段高い注意を向ける
ことは、肥満を治療することの困難さから考えると非常に望
ましい。

[図6：OECD 諸国における成人人口の中で下降する喫煙率]

[図7：OECD 諸国における成人人口の中で上昇する肥満率]

・・・そして医療の質が十分でない部分に対応することも必要である・・・ 過去 10 年間に於いて医療に関する最も重要な進歩の 1 つは、人々が医療の質の問題について認識するようになってきたことである。事実、OECD 諸国においては、医療の質に関する深刻な欠陥について証拠が多く提示され、その量も増えてきている。それらの欠陥によって、避けられたはずの死、障害、および不健康な状況が惹起されており、コストの増大も招いている。それらの問題は 3 つのタイプに分かれる。

・・・例えば不適切なサービス提供が挙げられる・・・ 第 1 に、標準的な医療サービスの観点からは提供されるべきではないのに提供されているサービスがある。冠動脈バイパス移植術のような選択的手術に関して調査研究を行った結果によれば、患者が手術適応者ではない場合にも、ある処置方法が少なからず行われていることが示された。これは、リソースの無駄遣いになっているとともに、不要に健康リスクにさらされることにも通じる。

・・・適切なケアの管理ができていないケースもある・・・ 医療の質に関する 2 番目の問題は、ある基本的なサービスによって利益を得る可能性のある患者がいつもそうなるわけではないということである。例えば、高血圧をコントロールする薬は、処方されるべき時に処方されないことがしばしばであり、より悪い結果となり、最終的にはコストも高くなる。また、アスピリンは、心臓発作の再発の危険を減少させる安価かつ効果的な方法であるのにもかかわらず、心臓発作の患者に十分な回数処方されるわけではない。

・・・そして医療サービス提供におけるミスもある。 さらに 3 番目の質に関する問題は、技術的に未熟又は誤った方法での医療提供によって引き起こされる。この例は、間違った部位の手術を行ってしまうことや投薬上のミス等である。

ケアの結果に係る各国間の差異を説明するためにより多くのデータが必要である。 各国の脳卒中(図 8)、心臓発作、乳ガン等に関する治療結果の違いは、治療の集中度、技術的な医療の質、医療提供における組織・連携、そして医療制度外の要因からの影響等で説明されるかもしれない。疾病予防や検査によるスクリーニング等のような、説明因子となる可能性のある要素についてより多くのデータを収集することは、それらの可能性を探求するために必要である。

[図 8 : 虚血性脳卒中の 1 年後死亡率、1998 年]

医療の質を測定することは、その改善のために不可欠である。

多くの OECD 諸国において医療の質に関する指標のモニタリングが始められているが、それは、より広範囲からみた医療制度の実績についてフォローしつつその向上を図っていく取り組みの一環であり、しばしばそのためのベンチマーキングとして行われているものである。ほとんどの国では、病院における医療の質に焦点を合わせていたが、他の医療分野又は介護分野に関しても評価を行う取り組みが進められている。そのような取り組みは、証拠に基づく医療を推進する臨床ガイドラインや実績基準のような開発ツールによって強化し得るものである。

患者の健康状態や医療提供に関する記録の電算化は役に立つかもしれない。

患者、健康状態および医療に関するデータを記録して追跡するためのシステムを改善することは、医療の質の改善において大きく飛躍するために不可欠である。紙媒体による医療記録、処方箋、および検査報告書は、情報の精度、情報へのアクセスや情報の共有化といった観点からは役には立たない。電算化された医療情報システムが導入されているところでは、医療の質とコスト両面で良い影響が出てきている。例えば、オーストラリアと米国の病院において投薬のオーダーを電算化したシステムを導入したところ、投薬ミスやそれに関連した患者への傷害の発生率について著しい減少を達成し、医療の質がかなり改善し、入院期間の短縮化にもつながった。

経済面・管理運営面インセンティブが質の高い医療の提供を進めるはずである。

医師および病院に対しては、電算化された情報システムへの投資その他医療の質を向上させるために必要なステップに関してコストを負担することへのインセンティブが与えられる必要がある。経済面・管理運営面のインセンティブとして現在存在しているものは、実際にはサービス提供者が最善の対応を行う意欲を減退させることもある。例えば、いくつかの国では、医療過誤の法的責任に係る制度がインセンティブとなって、不要かつ不適切な検査が指示されることが多い。そのような不適切なインセンティブを修正し、証拠に基づいた医療の実施に報酬を与えるようなものに置き換えることが、質の高い医療を充実させるために不可欠である。

アクセスしやすい医療

対抗策がとられない場合には、医療関係者の不足は問題となるかもしれない。

多くの OECD 諸国において、医師および看護師のサービスに関する需要・供給の格差が迫り来る問題となるかもしれないという懸念が表明されてきた。事実、多くの OECD 諸国において、そのような不足は既に現れている。対抗策がとられない場合の供給は、サービスに対する需要の増大にも関わらず減少するか最も良い場合でも徐々に増大するだけであると見込まれており、これは、社会における労働時間削減や早期退職の傾向、医師労働力の高齢化、そして他の職種と比較した場合の看護に対する関心の減少等の結果である。

医療関係労働力の規模拡大は困難であることが判明してきた。

既に、医師および看護師の労働力についてその規模と生産性を増大させようとしている国もある。これまで、医師の数を増加させるための養成訓練、離職防止および国外からの人材獲得といった戦略がとられてきたが、その成功の度合いは様々である。看護労働力の増大は困難であることが判明してきたが、看護師に対する賃金の引き上げ、労働条件の改善および看護教育・訓練プログラムの改善等多くのアプローチをさらに試す余地は残されている。

サービスへのアクセスが不適切であると健康水準に影響を与える可能性がある。

中核的なサービスに対して包括的な適用を保障すること、およびアクセスに対する金銭面その他の障害を最小化することは、医療サービスの公平な利用を促進するために有効であると証明してきたものの、サービス利用に関する不平等が根強く残っている国もある。これらは、患者一部負担の低所得層への影響や人口グループごとの保険適用における違い等の要素を反映している。それらの結果として健康水準の悪化があり得、さらに経済的孤立と社会的排除が進んでしまうことにもなる。サービス提供が必要なタイミングで行われているかどうかという点に関する不均衡その他の不平等は、消費者の選択の幅を広げていき大きくすることを意図した政策の副産物となっている可能性がある。

医療政策の関与によって医療へのアクセスの不平等に対処し得るが、コストがかかる可能性もある・・・

いくつかの不利益を受けているグループの健康水準については、貧困や社会的排除等の問題が原因となっている範囲において、医療政策の変更のみではそれらの差を埋めるには十分ではない可能性がある。しかしながら、経験的には、政策的な関与によって医療へのアクセスに係る所得関連の不平等を軽減する可能性があることも分かっている（もっとも、コストが高くなることもあり得るが）。例えばフランスでは、貧困層の利用者一部負担について公的に支弁する制度が導入されたが、それによって、専門的なサービスの利用が富裕層に偏っていた状況がかなり改善された。

最新の医療技術への必要なタイミングでのアクセスを確保するためには、不確実性に対処するための戦略が必要である。

医学の進歩は患者に対する医療とその結果の向上させるチャンスとなるが、それらは全体的なコストを引き上げる可能性もある。コストと利益に関して不確実である状況はしばしば起こるが、それは意思決定者にとってはジレンマとなる。各国では、新しい医療関連技術の採用や費用の支弁に関する意思決定の方法が大きく異なっており、それは技術の普及状況にも影響する。遺伝子療法などの新しく出現した技術の中には、倫理的な課題を引き起こすために意思決定がさらに難しくなるものもある。有望な技術に関して条件付きで認可し、さらに研究を行うことを留保しておくこと、厳格な技術評価を実施すること、さらに意思決定を透明性の高いプロセスとすることは、すべて不確実性に対処するための助けとなる。

患者・消費者のニーズに適切に対応し満足を得るシステム

患者・消費者の満足度を高めるためのチャンスはある。

医療制度は、患者・医療消費者の期待と選好に適合するために現在以上のことができる。OECD における研究によって、選択的手術のための待機期間の減少や介護サービスの改善という、OECD 諸国における主要な2つの不満の源への対応に関する政策が示された。また、医療制度の適用範囲について選択できるようにすることによって、よりニーズに適応した医療制度とすることが可能である。

選択的手術のための待機期間は多くの OECD 諸国において問題となっている。

少なくとも12の国において、選択的手術のための待機期間は長すぎるとみられている。あまり長くない場合は健康上の結果に対して悪影響を及ぼしているようにはみえないが、生活の質に影響を与えていることは間違いない。また、それらの不快な状態のまま手術を待つ人々が仕事において完全に生産的になれる可能性は低い。

生産性や手術を行う体制の拡充は役に立つ可能性があるが、通常は、コスト上昇の要因となり得る。

待機期間の縮小を望む国においては、一般的には、それぞれの医療制度における治療体制の拡充又は生産性の向上が必要である。もっとも、待機期間が長い国では医療費支出が低く急性期病床の数も少ないという傾向があるため、こうした方策によってコストはおそらく上昇するであろう。また、それらの国においては、診療報酬の支払いに関して医師への出来高払いや病院への退院ベースでの支払いが採用されていない傾向があり、そのことによって生産性の向上が図られている。そして、待機期間は、患者1人当たりの医師数がより少ない国において最も長い傾向がある(図9)。しかしながら、手術体制が十分であると判断されるのであれば、待機期間は、最もニーズの高い患者が必要なタイミングでサービスを受けることを保証しつつ、ニーズが一定限度を超えない限り(又は超えるまで)は待機者リストに載せないとすることによっても縮小することが可能である。

[図9：医師の密度と選択的手術のための待機期間]

介護に関して消費者の選択の幅を広げること、コストがかかり得る。

多くの国において、介護サービスに関して消費者の選択の幅を広げ、患者・要介護者が可能な場合には施設よりも在宅でケアを受けることを支援する施策が試行されている。いくつかの国においては、制度の適用を受けるサービスに対して支払いを行うのではなく、そのようなケアに対して支払う原資とするための資金を提供することも行われており、そのような資金はほとんどの場合家族介護を支援するために用いられている。これは、利用するサービスについて柔軟性とコントロールを増大させ、かつ保護を受けているという感覚を減少させることになる。しかしながら、消費者に対して支出を行う政策は、伝統的なアプローチより高価となる可能性がある。

複数の制度を選択できるようにすることで、医療制度のニーズへの対応が向上しうるが、コストも高くなる。

公的又は私的な財源による医療制度の適用に関するオプションが利用可能であることは、それ自体自然の流れとして、消費者選択の幅を広げることになる。その上、複数の保険者が自由に変革していくことができる医療制度は、消費者の選好に沿って発展することが可能である。しかし、他の利点と同様に、選択はコストを伴う。単一の医療費支払者又は資金供給と医療提供の統合を特徴とする制度と比較して、複数の医療費支払者のいる制度においては、支出への圧力が上がり、アクセスと資金供給についての公平性を維持することが困難になるおそれがある。

持続可能なコストと資金供給

資金供給は、制度の持続性のために重要である。

財源について勤労者世代からの保険料に依存している制度は、人口の高齢化や労働力率の割合の低下に伴い特に圧力を受けることになるであろう。また、医療提供の拡充について一般税収を充てている場合には、納税者の負担が増大するか、公的に供給されている他のサービスやプログラムの分に充てる財源を減らすことになる。将来にわたる公的な資金供給に対する圧力を軽減するために、個々人が自らに関する医療の財源についてより大きな役割を果たすことが求められるかもしれない。

あまり高くない範囲での利用者一部負担は、公的財源に余裕を与えることは可能であるが、特効薬ではない。

医療サービスの利用者に対して一部負担を課すことは、公的な資金供給にかかる負担を減少させることになりうる。しかし、利用者一部負担によって大きな節約となる可能性は小さく、特に立場の弱いグループについてはアクセスの制限となるのを防ぐために負担を免除しなければならないために、長期的にはコストがかかる可能性がある。そのような免除を行うためには運営面でも費用がさんでしまう。これは別としても、消費者は、別のやり方をするインセンティブがない限りは、予防的医療や適切な治療について出費を小さくしようとしがちである。補足的な私的医療保険は、一部負担の割合が大きい場合に、医療へのアクセスを確保する上で助けとなり得るが、消費者の需要と全体的なコストが同時に上昇する可能性もある。

私的医療保険は、医療費への公的な支出の大幅な削減に寄与してこなかった・・・

私的医療保険については、それが無ければ公的に負担されることになっていたコストを相殺できる部分もある。しかしながら、保険の購入を奨励するために補助金が必要となることもあり、また、その他、公的な制度の対象となりつつ私的保険にも加入している者に対して私的財源に基づいたサービスを利用することを進めるための関与が必要となる可能性もある。全人口のうちかなり大きい部分が私的保険に加入しているような国でさえ、私的医療保険は総医療費支出の中で比較的低い割合になりがちであったが、これは、私的保険の場合にはしばしば、コストのかかるケースや治療というよりはより小さいリスクに集中するからである。

・・・そして相殺するにはコストがかかる公平性とのトレードオフを引き起こしてしまう。

私的医療保険における保険料は、収入に基づく税金や社会保険負担と比べて逆進的な性格を持つ財源である。保険料水準が健康状態に関する要素を反映するときは、それらは利用者の一部負担と同様に逆進的になるかもしれないが、それにもかかわらず、私的保険によると、医療に関するリスクをプールして、壊滅的な費用負担を避ける手段が個人に提供される。リスク選択の禁止や対象を絞った補助金によって私的医療保険へのアクセスを促進する政府の取り組みは、私的医療保険市場の公平性を資金供給と医療へのアクセスという観点から改善することができるが、それによってコストもかかる。

よく計画された政府の関与は、私的医療保険市場の成功のために極めて重要である。

私的医療保険市場が医療に関する資金供給に役割を果たしているところでは、政策担当者は、政策目標が確実に達成されるように、規制と財政的なインセンティブのどちらか又は両方を慎重に組み立てる必要がある。そのような関与が無い場合には、私的医療保険市場は、慢性症状その他に関するハイリスクグループの人々や低所得者層の制度へのアクセスを促進することができないであろう。保険商品の標準化その他の追加的な関与によって、消費者が保険の費用対効果について理解する助けとなり、私的医療保険市場が医療制度の実績を上げるために積極的に寄与する可能性を増大させることができる。

介護費用を負担するリスクから個人を保護すべきという強い主張がある。

人々は、急性期医療や障害と同様に、介護に関して多大な費用を負担するリスクから保護される必要がある。様々なアプローチが有効となり得るが、例えば、強制的な公的保険（例：ルクセンブルク、オランダ、日本）、公的保険と強制的な私的保険の混合形態（例：ドイツ）、税金に基づく介護手当（例：オーストリア）、税金に基づく現物給付（例：スウェーデン、ノルウェー）が挙げられる。私的介護保険市場は、規模は小さいが、正しい政策的な支援があれば増大することもあり得る。

コスト抑制のための手段は効果を上げうるが、副作用もある。

各国において、サービスに対する支払い、サービスの価格および供給について予算的・手続的なコントロールを組み合わせることでコスト上昇を遅らせてきた。精緻な支払システムは採用するのが技術的に難しい場合があるが、例えば病院については退院ベースでの支払い方法のように多くの成功例があり、治療結果等に悪影響を与えずに生産性を向上させることが可能である。他方では、医療部門での賃金と価格を人為的に低く保つシステムは最終的には問題に直面する可能性が高い。例えば、費用削減のために既に質の低下が見られていたり、医療関係職種の人材の確保や離職防止が困難となったり、サービスや革新的な医薬品等の供給が不足してしまうこと等が挙げられる。

医療制度における「バリュー・フォー・マネー（費用に見合った価値）」

実績を改善しつつ費用を節約することは可能である。

究極的には、効率性を向上させることは、医療への需要の増大と公的な資金供給に係る制約を調和させる唯一の方法であるかもしれない。国際比較データによれば、医療制度の費用対効果には改善の余地があることが示唆されている。これは、医療部門が典型的には市場の失敗と大きな公的関与によって特徴づけられており、それら両方が過度の支出や配分の失敗につながり得るからである。それは結果として、リソースの浪費や健康水準を向上させる機会の喪失につながる。言い換えれば、医療に関する財源の支払いの在り方を変えることは、単なるコスト削減よりも、より高い価値を達成するカギとなる。

医療提供者に対する支払いや医療を購入する方法の改善は、価値という観点から成果を上げることができる。

OECD 諸国を通じて、病院、医師、および他の医療提供者に対する支払い方法は、かかったコストの償還（不効率への誘因となる）から活動ベースでの支払い（生産性への報酬となる）へと変わってきている。しかし、これらのシステムにはリスクも伴い、例えば、ある分野ではサービス量を過大なものとしてしまうこと、サービス量を増大させた分の利益が小さくなってしまうこと等が挙げられる。それらは、予防的サービスや事後に費用のかかる処置の必要性を減少させる治療について過小評価することがあり得る。さらに良い支払い方法は、正しいサービスを正しいタイミングで提供するインセンティブを与え、医療提供者・組織による健康上の結果向上等の実績目標への貢献に報酬を与える方法であろう。しかしながら、これは技術的に困難である。公的・私的な支払者によっては、例えば一定の質の基準に適合した医療提供者に対してボーナス的な支払いを行うことによって、支払いによるインセンティブを改善することを、取り組みの初期段階として行っているところもある。

医療制度や医療提供・管理システムの構成に関する構造改革も期待できる。

医療に係る資金の供給および医療提供の両方が公的な責任に基づき行われている制度下では、市場を機能させて競争を通じた効率を生み出すために医療に関して支払者と提供者の役割を区別するための努力は、一般的には有効であることが証明されてきた。また、いずれのタイプの制度においても、医療サービスの管理における責任を移譲していくことは、無駄を減少させて生産性を向上させる可能性がある。例えば、有資格の開業看護師（ナース・プラクティショナー）によっては、安全で適切である範囲で、医師の任務を引き受けることもあり得る。

需要管理も役に立ちうる。

看護師や一般開業医は医療におけるゲートキーパーとしての役目を果たし、治療の必要性を評価して、最も適切な医療提供者につなげていくことができる。インターネットによって、患者は、治療に関するコスト、リスク、および予想された結果に関してより良く情報を得ることができる。これは、それらの者の需要を適度に抑えることも増加させることもあり得る。価値を増大させるために、患者が費用対効果の良い治療を選択することで金銭面での利益を得るのを認めるようなより際だった形で、患者に費用の一部負担を求めることが採用される可能性もある。

保険者間における価値に基づく競争は達成が困難な状況であった。

理論上、競争している保険者(私的なものか公的なものかを問わない)により特徴づけられる仕組みは、より効率的な医療制度を推進するはずである。実際には、保険者間で価値に基づく競争を確立することは難しいことが判明しているが、これは、競争を行っている者はより健康な人口グループ(保険者としてはよりコストがかからない)を引きつけようとする傾向があるからである。保険加入の際の差別禁止、保険者間での経験則に基づくリスク補償機能の実施等の政策的措置によってこれに対抗することはできるが、これらの措置は保険者がコストを管理するインセンティブを減少させてしまい、また、複雑な規制的な関与が必要になる。

医療技術に関する価値指向のアプローチは、より低いコストでより良い結果をもたらすことができる。

端的な費用抑制策は、短期的なコスト効果に焦点を合わせることができるが、より長期的な観点から新しい医療技術への投資を通じて価値を増大させる可能性を考慮することができない。価値志向型の技術のマネジメントは、技術評価プログラムの利用、その技術の購入者と生産者との患者の治療結果やコストに関する新しい技術の効果についても考慮に入れた「価値・コスト協定」のような仕組みを採用することを意味し得る。

医療制度の実績を上げる能力の改善に向けて

我々は、成功と失敗の両方から学び、それを経験として踏まえる必要がある。

OECD 諸国の医療政策担当者は、現在、数多くの主要な政策目標(公的支出増大の抑制、ケアへの公平なアクセスの確保、健康増進と疾病予防、医療・介護サービスに関する公平で維持可能な資金供給の確立等)を達成するためにどのような手段・アプローチを用いることができるかについて、かなり多くの知見を持っている。これらの手段・アプローチは、過去数十年の間における改革への努力の中で、成功の度合いは様々であるが、実際に用いられ、そして、成功と失敗の両面から多くの経験を得てきた。更に前進する上で、過去の改善に向けた努力に学び、改革を成功させるまでの多くの重大な障害を予測することが重要である。

我々が医療制度の実績を上げる能力を向上させる方法を知っていたとしても、それは決して簡単なものではない。

医療政策を立案する上では、慎重に各要素間のトレードオフについて勘案することが必要であり、それは、広範囲の重要な目標と大きな不確実性に対してどの程度の重み付けをするのかを反映している。確かに、究極の目標は全人口が健康であることであるが、健康水準の向上のみが関心事というわけではない。また、医療政策における意思決定には、かなり経済面での結果を伴うが、これは、医療部門が OECD 諸国の経済の中で確固とした重要な構成要素であり、大規模な雇用機会を提供し、利益を上げる産業となっていることによる。厳しい選択がされるときであっても、実績を上げるために制度改革を行うことは決して簡単でないが、これは、改革の成功は、様々な利害関係者が提案された改革を迎え入れる意欲があるかどうかに影響を受けてしまうことによる。医療の進歩および医療に関する目標の進展を踏まえると、医療制度の改革は必然的に進行中の、そして、繰り返しの過程であり、一回限りで解決できることも即効薬もほとんど存在しないのである。

我々は多くを学んできたが、医療制度の改善に向けて学ぶべきことはまだ多い。

OECD における最近の研究によって、数多くの知識の差が埋められてきた（囲み記事）。しかし、多数の重要な政策課題については答えが無いままで残されている。最も緊急な課題の例を挙げると、次の通りである。医療技術の継続的な発展を推進し、また、責任を持って公的なリソースを管理しつつ時宜を得たサービスへのアクセスを保障するためにはどのようにすればよいのか。医療ニーズおよび優先順位に適合する技術革新を最も良く進めるためにはどのようにすればよいのか。医療関係職種の供給を将来的にも適切に確保するための最も良い方法は何か。医療提供者の経済的動機を費用対効果に優れた医療提供という目標と整合させるのはどのようにすれば可能か。医療制度の効率性を増大させるために競争的市場の力をどのようにしてより良く採用すればよいのか。医療関係職種が医療事故等を起こすことを防ぎ、被害者に補償し、かつサービスの適切な利用を奨励するために、それらの職種に関する司法上の責任についてどのようなアプローチをとることが可能であるのか。

実験、指標による実績測定および情報共有が不可欠である。

「バリュー・フォー・マネー（費用に見合った価値）」という目標は移動する標的のようなものである。価値を増大させるためには、実地で用いることが可能で特定事項に的を絞った指標を用いた実験および慎重な実績測定が必要となる。国内外におけるベンチマーキングおよび情報共有が役に立ち得る。相互に状況を観察することが、有効な実施例およびそれらがきちんと動いている周辺状況について明らかにするためのカギとなる。経験、証拠、および新しいアイデアを一緒にすることによって国際的なレベルにおいてさらに検討を続けることは、政策担当者が直面している難局に対処することの助けとなるであろう。

医療政策に関する有望な方向性

OECDヘルス・プロジェクトにおける調査研究の結果は、医療制度の実績を改善させるための取り組みにおいて用いることのできる多くの役に立つ実践例やアプローチを示している。これらは、競合する政策目標間のトレードオフを通常は含意しているため、政策担当者は、これらの実践例から予想される利益が特定の状況におけるコストより重要なものとなる可能性が高いかどうかについて判断しなければならない。さらに、適切な政策を決定する上で各国特有の状況についても考慮されなければならない。医療制度の実績を向上するためには1つですべてに対応できるアプローチは存在しない。

人口全体の健康水準と健康結果を改善するために考え得る活動方針

よく設計された戦略を用いて病気と障害を予防する。それは、医療制度におけるリソースを治療から予防に再配分すること、リソースの用いられ方を変更することも含み得る。厳密には医療政策の範囲に含まれないかもしれないような分野（栄養、暴力行為、交通、アルコールやタバコ等）における改革（税制面を含む）を通じて健康水準を改善する可能性を評価する。

立場の弱いグループに対する医療を向上する取り組みに加え、貧困や社会的排除等の根本的原因に対する取り組みを通じて健康水準の不均衡に対処する。

医療行為が証拠と整合している程度を引き上げるための取り組みを支援する。それには、証拠に基づく医療を実施するためのガイドラインと実績基準を開発し実地で用いることおよび適切なケアを用いて望ましい健康上の結果を達成する方向に経済的・手続的なインセンティブを整合させることが含まれる。

医療・介護の質を監視するシステムが実績向上に向けた目標の達成を支援するために十分な働きをすることを保障する。質に関する有効な指標（健康結果指標を含む）を開発し標準化することは不可欠のステップである。

ケアに対する適切で公平なアクセスを促進するために考え得る活動方針

貧困者に対する医療制度の適用またはそれに対する補助、患者自己負担の免除、自己負担がアクセスへの障害となる程高額な場合にそれをカバーする補足的な私的医療保険の許容等を通じて、アクセスに対する金銭的な障害を排除する。

ハイリスクな人々（例：高齢者や費用のかかる疾病に罹患している者）にも費用の支弁が可能な範囲の私的医療保険について、医療へのアクセスを確保するために必要な場合には、適用を絞った規制、補助金又は金銭的なインセンティブの設定等の介入を通じて、それらの私的保険へのアクセスを促進する。

普遍的に適用される医療提供者への費用償還の上限や共通化された待機リストの採用等の政策的介入を通じて、個々の医療制度の適用範囲が異なった人々の間で医療へのアクセスに意図せざる不公平が生じることを防ぐ。

医療制度のニーズへの対応をより良くしていくために考え得る活動方針

選択的手術のための待機期間について、それが過度であると判断される場合には縮小させる。そのために、手術を実施する体制を強化し、（例えば医療提供者に対する費用支払い方法を変更することによって）生産性を向上させる。

家族介護者の支援、または介護サービスの利用者がその内容や提供者の選択についてコントロールする余地を増やすための当該利用者に対するサービス費用に係る直接的な金銭給付（またはその両方）を行うことによって、利用者の満足度を向上させる。

公的か私的であるかに関わらず、医療保険の適用範囲について情報を得た上での消費者選択を可能とするための体制整備を行う。

持続可能なコスト水準と財源確保を確実にするために考え得る活動方針

費用支払、価格水準およびサービス供給に対する予算的・行政的なコントロールを組み合わせることを通じて、医療に対する公的な支出の増加割合を緩やかにする。医療制度の能力に関するそのような介入の効果を慎重に監視する。

公的に費用が支弁される医療制度に関して、あまり高くない範囲での費用負担義務を新たに課し、患者によって支払われる部分について補足的な医療保険がすべてカバーすることを禁じる。

価格による合理化および私的で補足的な制度を通じたリスクプーリングの余地をオプションとして与えつつ、付属的な、またはぜいたくなサービスについて公的な制度の適用範囲から排除する。

医療制度の効率性を増大させるために考え得る活動方針

特に患者自己負担の水準が低いことと医療提供者が過剰であることが一緒になって高水準のサービス利用を進めてしまっている制度下においては、ゲートキーパー、臨床的な治療の優先順位付け、または消費者・患者に対する情報提供の仕組み等を通じて選択的手術その他裁量的なケアへに対する需要の管理を行う。

同様の薬物療法の中でも費用対効果に優れた選択を行うことに対して報酬を与えて、薬剤部門において本当に目新しい革新を進めることになる医薬品の価格決定方式を採用する。

技術評価を用いて情報を得た上での意志決定を促進し、健康結果を考慮に入れた技術管理アプローチを用いて費用対効果に優れた医療提供を進める。

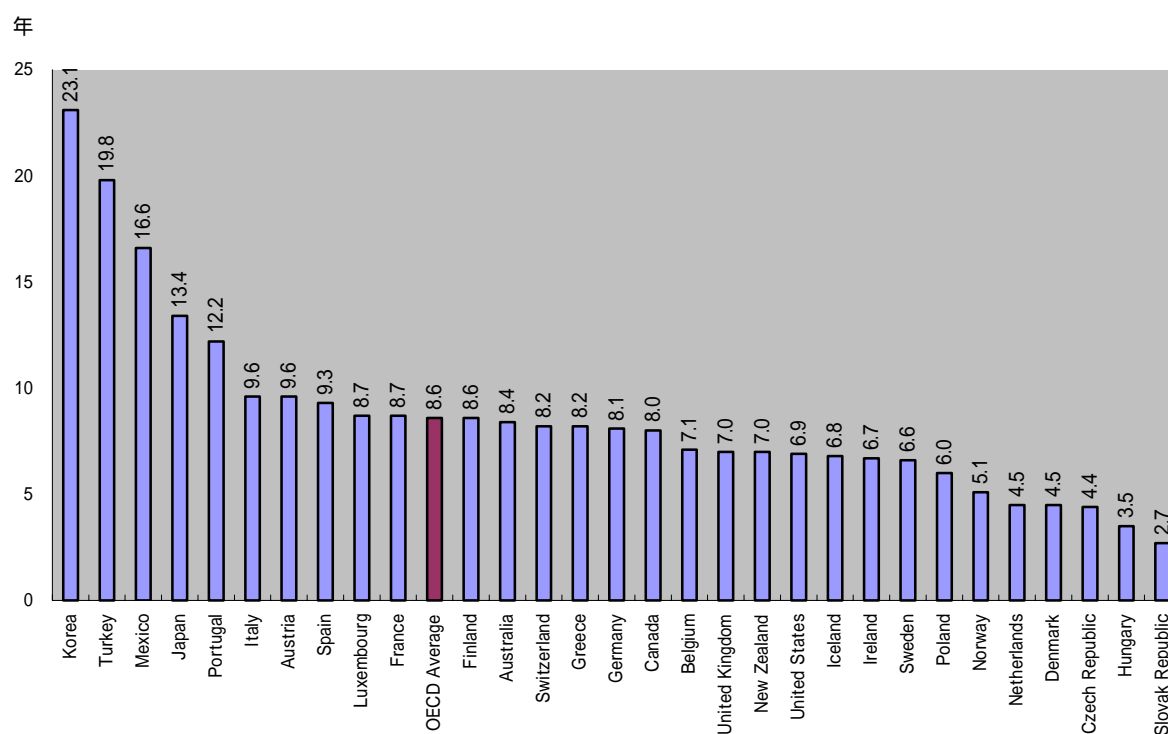
生産性と質に対して報いる、医療サービスの費用支払方式を開発し、テストし、採用する。

医療制度の実績を改善するために考え得る活動方針

医療の組織と提供の在り方を改善するために必要な電算化された医療データシステムに投資する。

医療制度の実績について、各種指標および信頼のおけるデータを利用して定期的な監視を行う。そして、(国際比較を通じて)他国において確立された目標や制度の実績との間でベンチマーキングを行う。

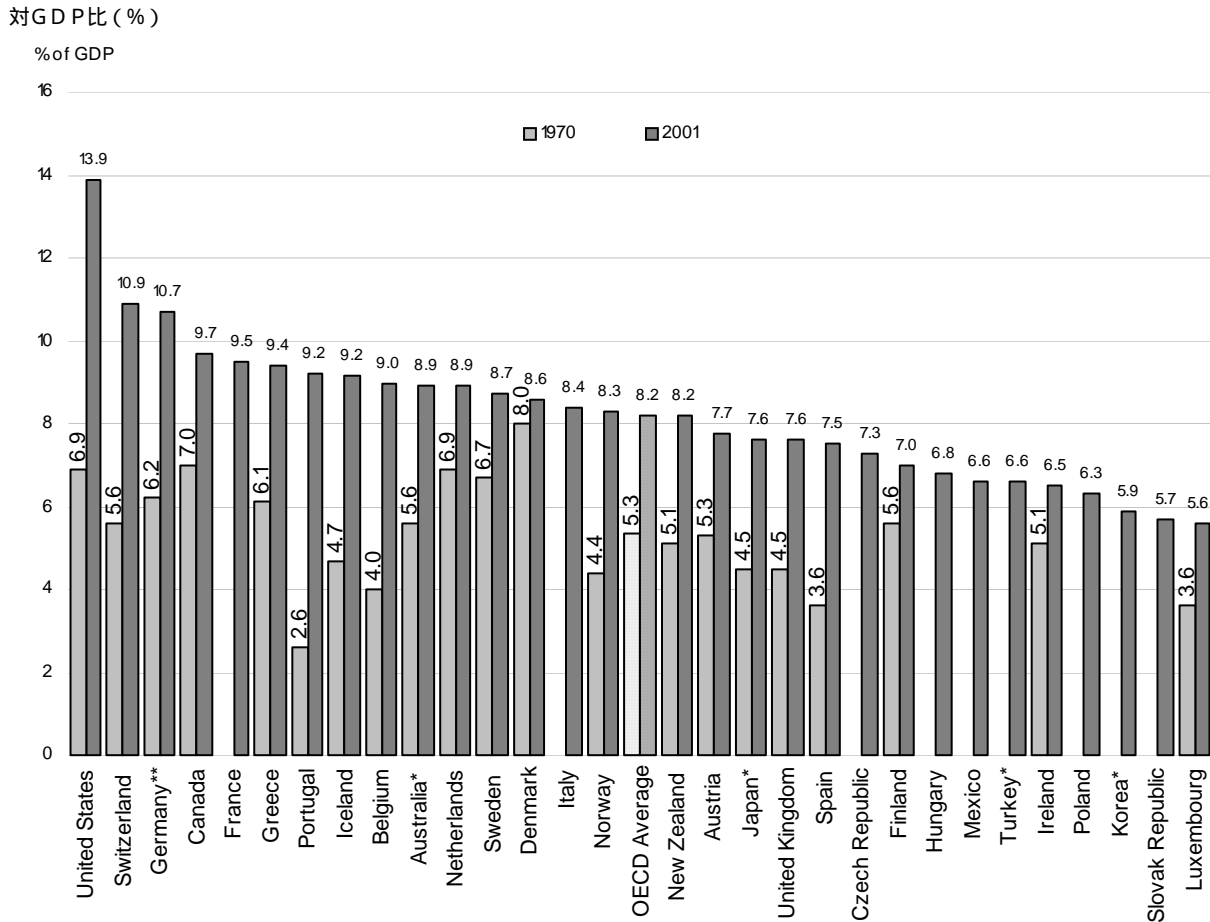
図1：出生時平均余命の上昇、全人口、1960年-2000年



(注) 各国において、平均余命の計算方法については多少のばらつきがある。これらのばらつきは、報告された平均余命予測の比較可能性に影響を与える可能性があり、異なった方法のためにそれぞれの予測値が1年の何分の1かは変わる可能性もある。総人口についての出生時平均余命は、OECD事務局においてすべての国々の分について予測したものであり、男女の平均余命を、それぞれの人口比を考慮せずに単純平均した数値を使用している。

出典：OECDヘルスデータ 2003。

図2：総医療費支出（対GDP比）、1970年及び2001年



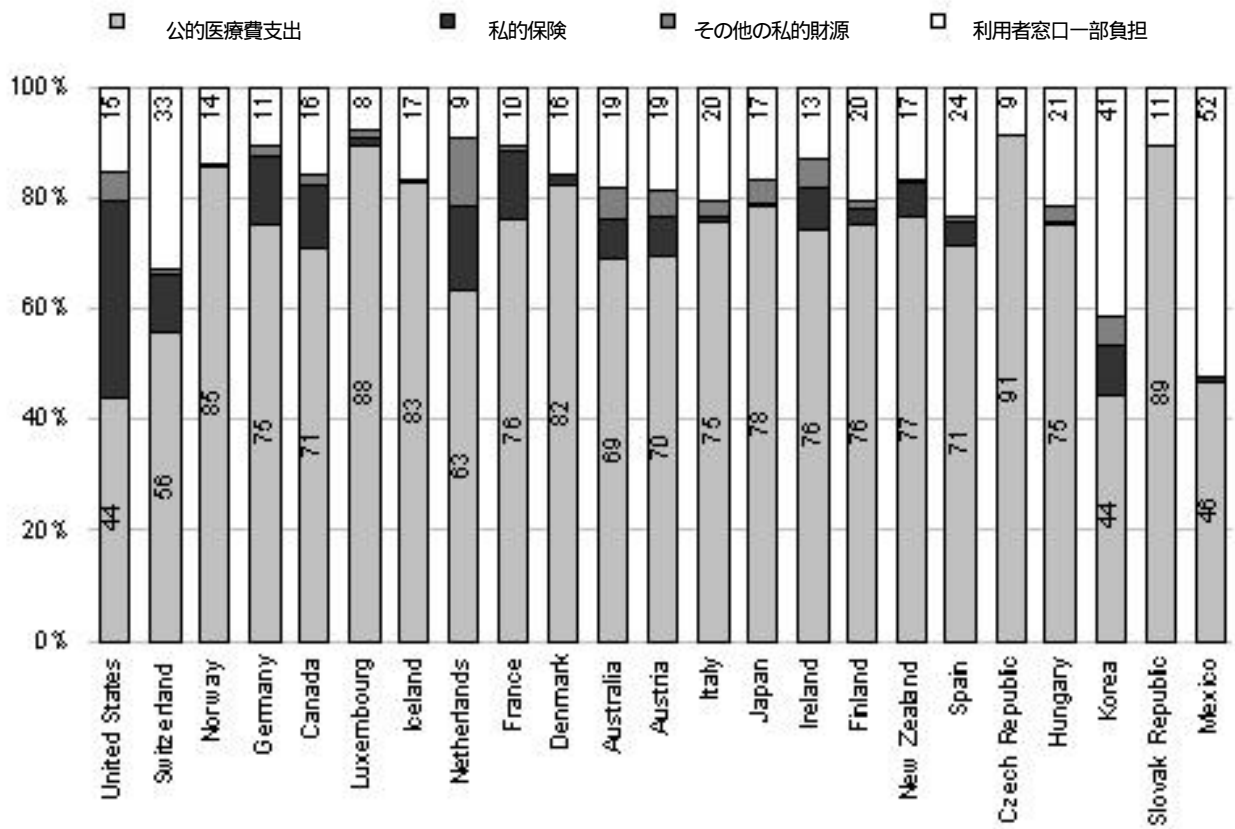
* 「2001」とされたデータは2000年のデータ。

** 「1970」とされたデータは旧西ドイツのデータ。

(注) 2001年のOECD平均は単純平均値。1970年のOECD平均は、フランス、イタリア、チェコ、ハンガリー、メキシコ、ポーランド、韓国、スロバキアおよびトルコを除いた単純平均値。

(出典) OECDヘルスデータ2003及びトルコのデータについてはトルコのNational Health Accountsから引用。

図3：財源別にみた医療費支出、2000年

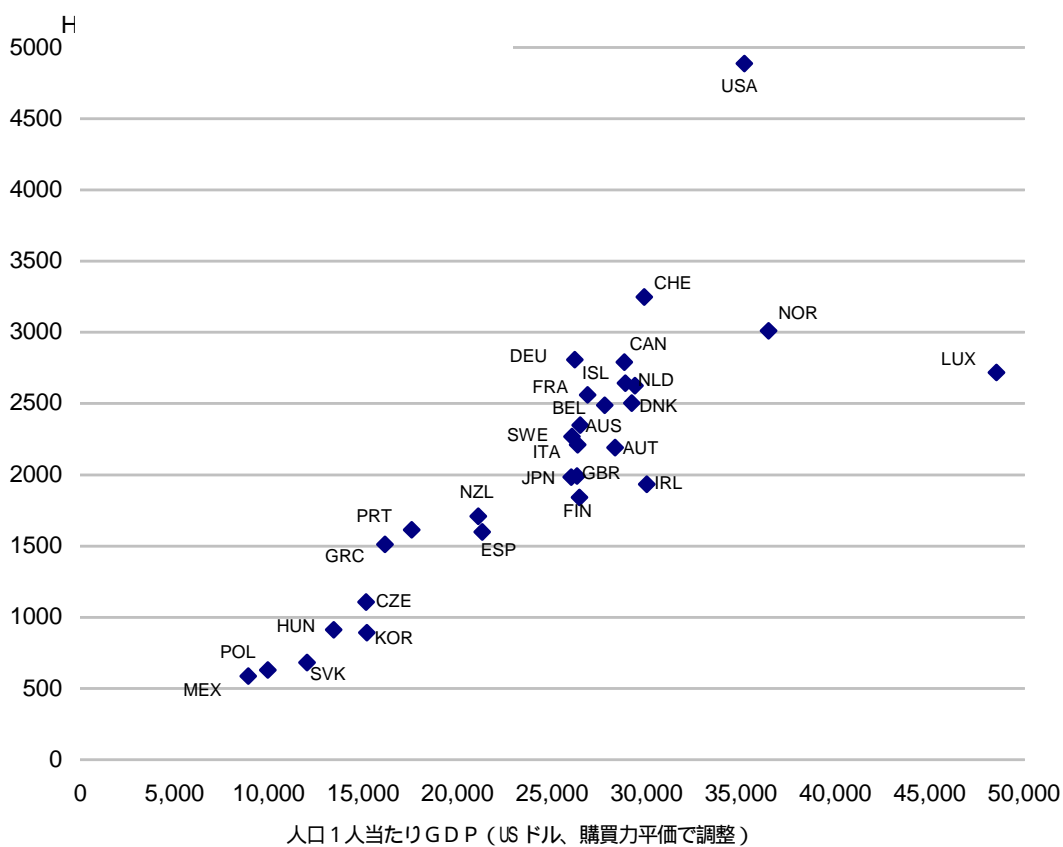


(注意) 各国は、左(高い方)から右(低い方)へランク分けされており、その基準は人口1人当たり医療費支出の水準に従っている。

(出典) OECDヘルスデータ2003.

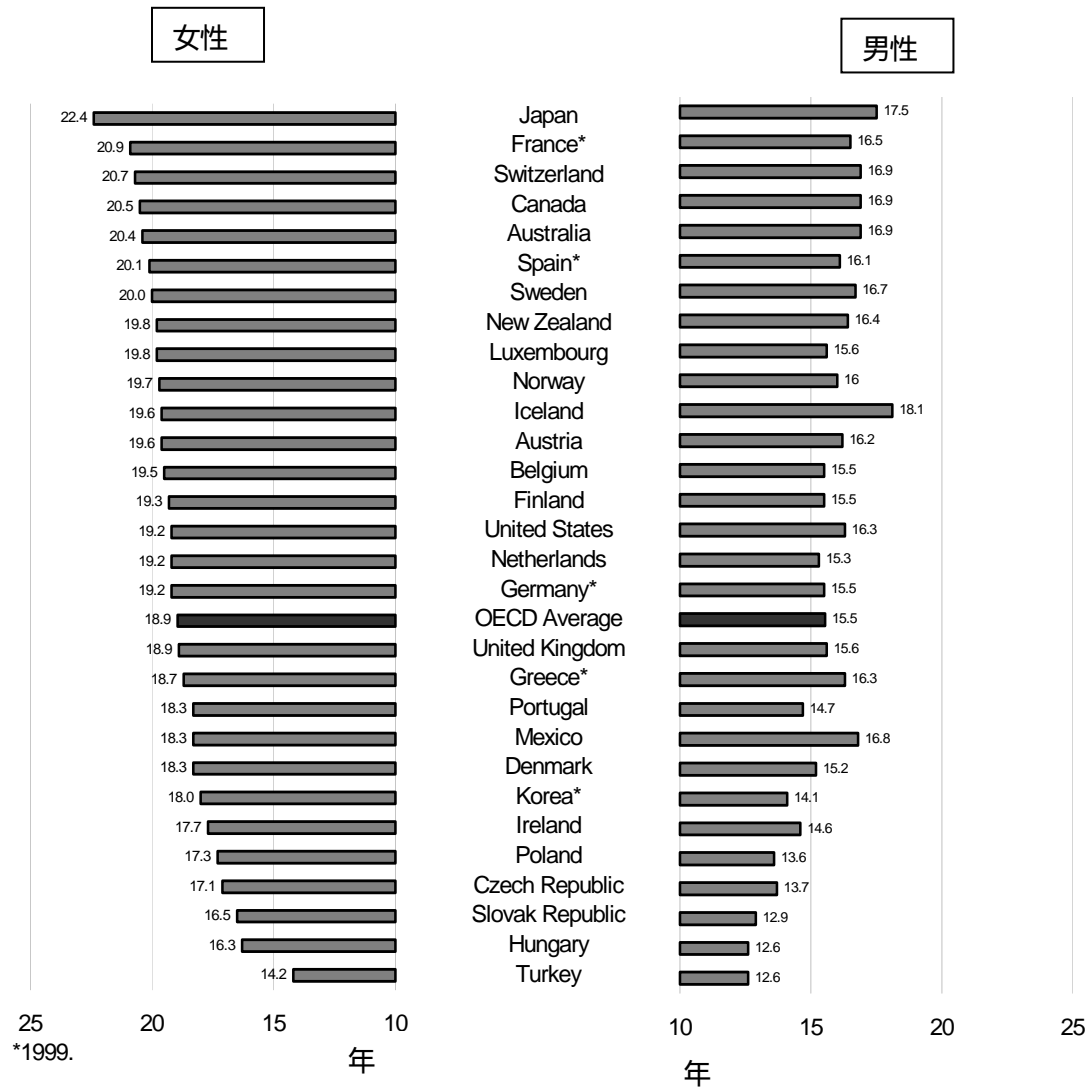
人口1人当たり医療
費支出（USドル、
購買力平価で調整）

図4：人口1人当たり医療費及びGDP、2001年



(出典) OECDヘルスデータ 2003 .

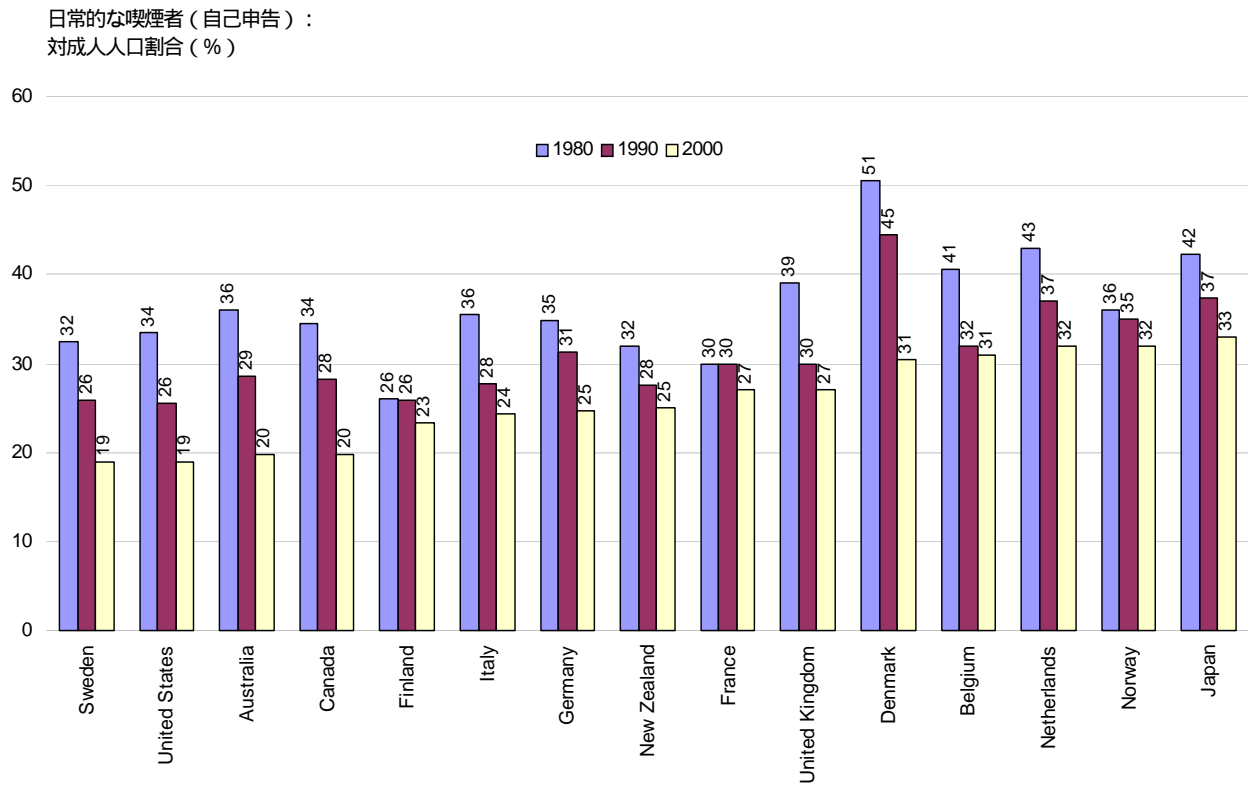
図5：65歳時平均余命、2000年



(注) 各国において、平均余命の計算方法については多少のばらつきがある。これらのばらつきは、報告された平均余命予測の比較可能性に影響を与える可能性があり、異なった方法のためにそれぞれの予測値が1年の何分の1かは変わる可能性もある。

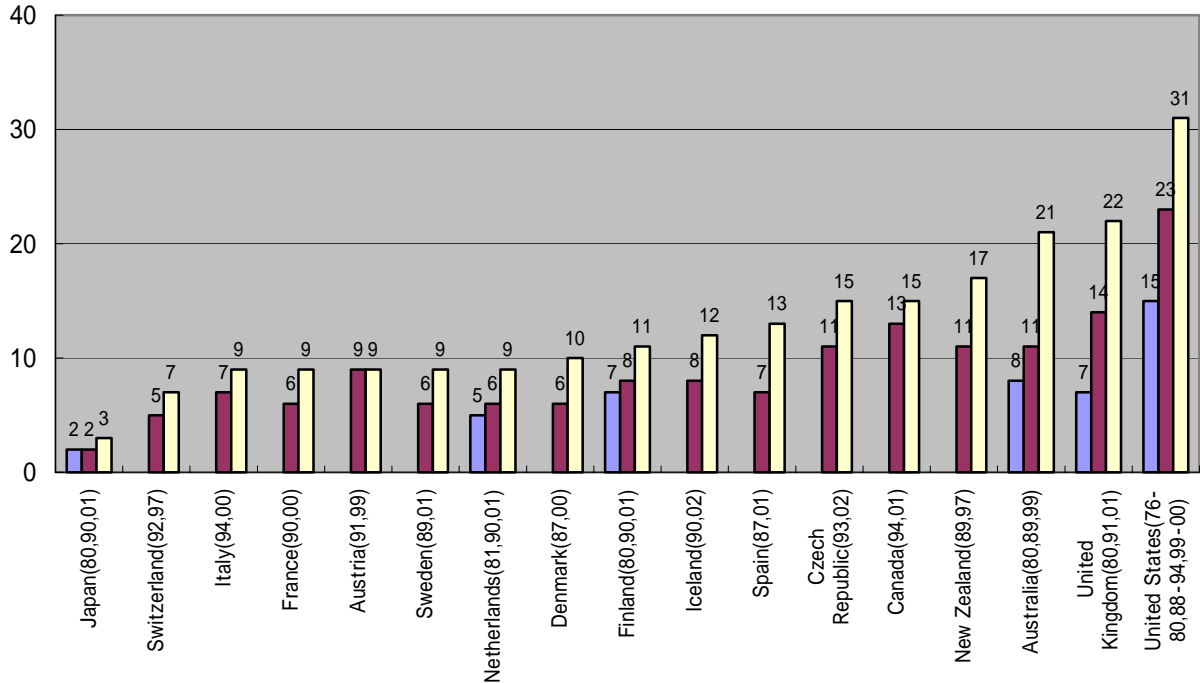
(出典) OECD ヘルスデータ 2003 .

図6：OECD 諸国における成人人口の中で下降する喫煙率



（出典） OECD ヘルスデータ 2003 .

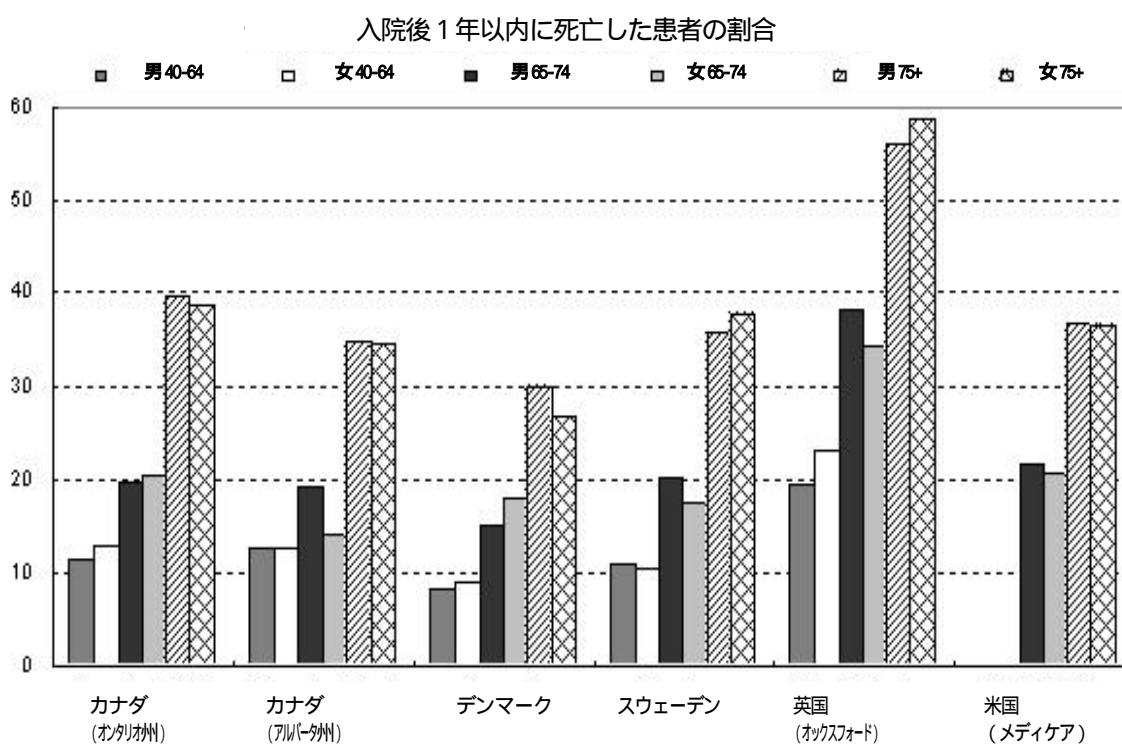
図7:OECD諸国の成人人口の中で上昇する肥満率



(注)肥満率は、BMI(Body Mass Index)が30を超えている人口の全人口に対する割合として定義される。BMIは、個人の身長との関係における体重の状況を評価する単一の数値である((体重)/(身長²乗)、体重の単位はキログラム、身長はメートル)。オーストラリア、英国及び米国については、数値は自己申告情報ではなく健康診断に基づく数値である。専門家による健康診断に基づく肥満の状況の推計は、概して個人へのインタビュー形式での調査における自己申告の結果よりも数値は高く、かつ信頼がおけるものであり、それは、身長・体重に係る報告ミスを防げることによる。しかしながら、健康診断が定期的に行われているのはいくつかの国のみである。また、カナダについては、人口の母集団は15歳以上ではなく20歳～64歳の集団となっている。

出典:OECDヘルスデータ 2003.

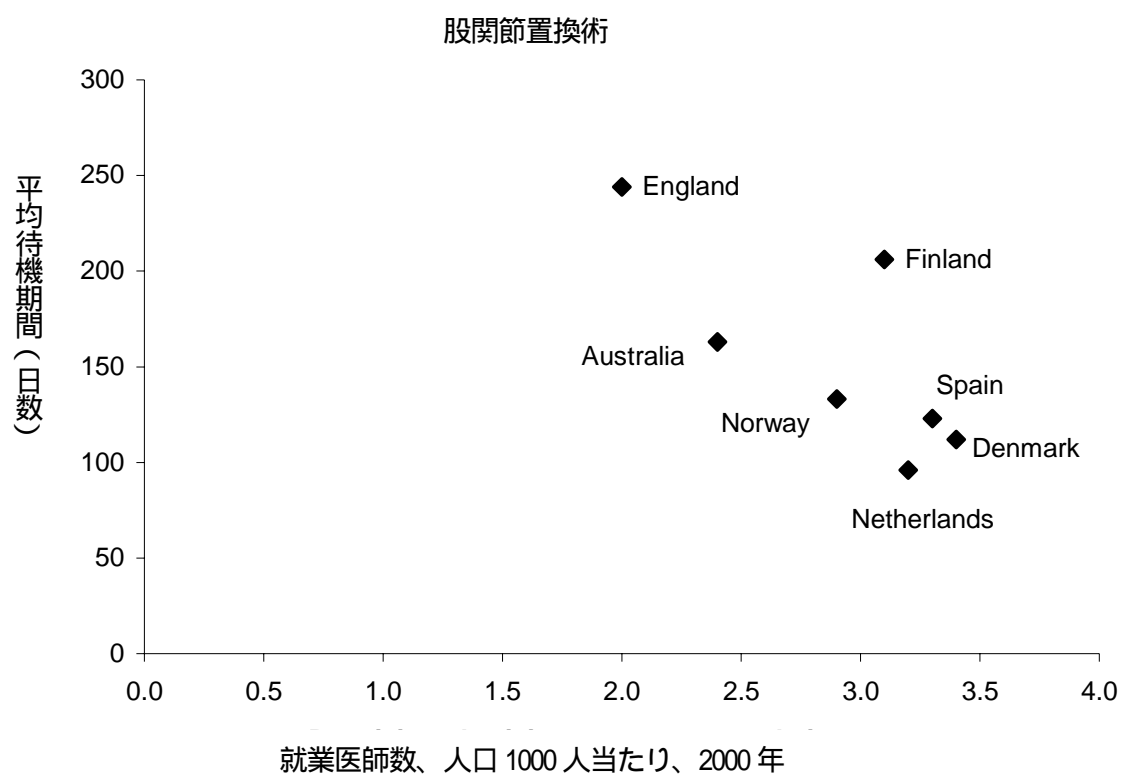
図8：虚血性脳卒中の1年後死亡率、1998年



(注) カナダのデータはアルバータ州及びオンタリオ州のもの。英国はオックスフォード地域のもの、米国のデータはメディケアのみに関するもの。

出典：OECD(2003) A Disease-based Comparison of Health Systems.

図9：医師の密度と選択的手術のための待機期間



(注) フィンランド及びオランダについては、実際に就業している医師ではなく、就業資格を得た医師の数。

(出典) OECD ヘルスデータ 2003 及び OECD Waiting Times Project Data Questionnaire に対する各国からの回答